

自立支援医療受給者証（更生医療）等再交付申請書

受給者	フリガナ											
	受給者氏名					性別	男・女	年齢	歳	生年月日 大 正 和 昭 平 成 平 令 和 年 月 日		
	受給者住所	〒 ー 大阪府吹田市						電話番号	()			
個人番号												
身体障がい者手帳	番号	都・道・府・県 市 区 号										
	交付日	昭和 平成 令和	年	月	日	等級	級					
再交付を受ける文書	1 自立支援医療受給者証 2 自己負担上限額管理票											
再交付を受ける理由	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他 ()											
吹田市長 あて 私は上記のとおり、再交付を申請します。 令和 年 月 日 受給者氏名											吹田市受付印	
申請書を提出した者	氏名							受給者との関係	<input type="checkbox"/> 受給者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療機関職員 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	住所											電話